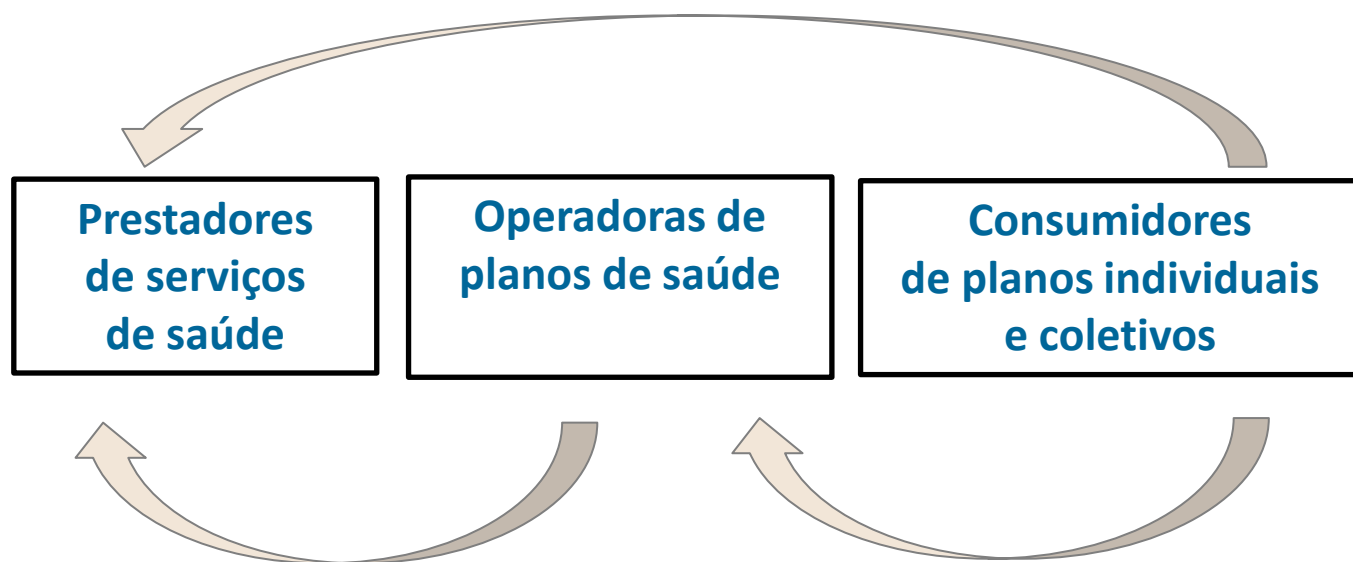


A relevância da regulação

O mercado de planos de saúde organiza-se por um conjunto de relações contratuais, permeadas muitas vezes por **interesses distintos**.

A função da agência reguladora é **equilibrar** esse mercado.

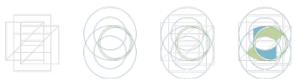


Lei 13.003/2014

Sancionada em 24 de junho de 2014, entrou em vigor em **22 de dezembro de 2014**.

Altera a **Lei nº 9.656/1998**, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

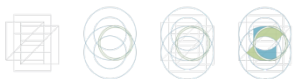
A ANS realizou **4 Câmaras Técnicas e 1 Audiência Pública** para regulamentar a lei em até 180 dias.



O objetivo da Lei 13.003/2014

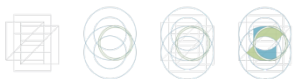


- Garantir ao consumidor a assistência contratada
- Dar mais transparência na relação entre prestadores e operadoras
- Reforçar a importância do contratos escritos



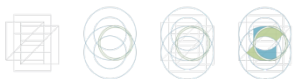
A Lei 13.003/2014

- Altera a Lei n.º 9656/98, reforçando a obrigatoriedade do contrato escrito;
- **Cláusulas contratuais obrigatórias** definidas pela Lei
- **Periodicidade anual do reajuste** dos valores dos serviços contratados.
- Definição de um índice de reajuste pela ANS para ser aplicado em **situações específicas**.
- Extensão da **obrigatoriedade da substituição** para prestadores não hospitalares, com comunicação aos beneficiários.



Principais normativos relacionados à Lei 13.003/2014

- **RN nº 363/2014:** regras para celebração dos **contratos** escritos entre operadoras e prestadores.
- **RN nº 364/2014:** definição de índice de **reajuste** a ser aplicado em situações específicas.
 - **IN DIDES nº 61/2015:** dispõe sobre o **Fator de Qualidade** a ser aplicado ao índice de reajuste definido pela ANS para prestadores de serviços hospitalares.
- **RN nº 365/2014:** **substituição** de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.
 - **IN DIDES nº 56/2014:** regulamenta a disponibilização das informações relativas à **substituição** de prestadores não hospitalares
- **IN DIDES nº 62/2016:** Regulamenta o tratamento dispensado às **demandas** relacionadas às RN nº 363, 364 e 365.



Contratos

RN nº 363/2014: regras para celebração dos **contratos** escritos entre operadoras e prestadores.



**Mais diálogo
Mais equilíbrio**

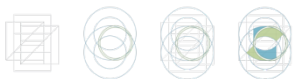


Contratos

Cláusulas contratuais obrigatórias



- Descrição **de todos os serviços** contratados.
 - Previsão expressa sobre a possibilidade de **exclusão ou inclusão** de procedimentos durante a vigência do contrato.
 - Serviços contratados descritos de acordo com a **TUSS**.



Contratos

Cláusulas contratuais obrigatórias



- Definição dos **valores** dos serviços contratados, e dos **critérios**, da **forma** e da **periodicidade** do seu **reajuste**
 - Vedada forma de reajuste condicionada a sinistralidade da operadora.
 - Reajuste anual na data do aniversário do contrato.



Contratos

Cláusulas contratuais obrigatórias



- **Faturamento/pagamento:** prazos, rotina de auditoria administrativa e técnica.
 - Previsão das hipóteses de **glosa** e para contestação da glosa, para resposta da operadora (**prazos iguais**) e para pagamento dos serviços no caso de revogação da glosa.
 - A Rotina de auditoria administrativa e técnica deve estar em conformidade com a legislação específica dos conselhos profissionais sobre o exercício da função de auditor.



Contratos

Cláusulas contratuais obrigatórias

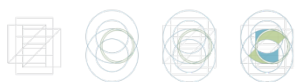


- **Vigência** do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, **renovação e rescisão**.
- **Rotina operacional**, responsabilidades prazos de resposta para concessão de **autorização** ou negativa.
- **Penalidades** para as partes pelo não cumprimento das obrigações.



Contratos

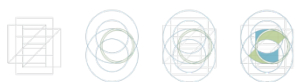
Práticas e condutas vedadas na contratualização:



Contratos



- Exigência de comprovantes de pagamento da contraprestação pecuniária quando da elegibilidade do beneficiário junto ao Prestador.
- Exigência que infrinja o Código de Ética das profissões ou ocupações regulamentadas na área da saúde.
- Exigir exclusividade na relação contratual.
- Restringir, por qualquer meio, a liberdade do exercício de atividade profissional do Prestador.



Contratos



- Regras que impeçam o acesso do Prestador às rotinas de auditoria técnica ou administrativa, bem como o acesso às justificativas das glosas.
- Regras que impeçam o Prestador de contestar as glosas, respeitado o disposto na norma.
- Estabelecer formas de reajuste que reduzam o valor nominal do serviço contratado.



Contratos

Penalidades:

- Art. 43 da RN 124/2006 – “Deixar de cumprir as regras estabelecidas para formalização dos instrumentos jurídicos firmados com pessoa física ou jurídica prestadora de serviço de saúde”. Sanção de advertência ou multa-base de R\$ 35.000,00 (trinta e cinco mil reais)



Reajuste definido pela ANS

Índice de reajuste definido pela ANS – aplicado em situações específicas (RN nº 364/2014)

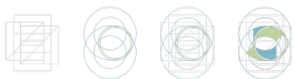


Reajuste ANS

Requisitos para aplicação do índice de reajuste definido pela ANS:

- previsão contratual de livre negociação como única forma de reajuste e
- não houver acordo entre as partes ao término do período de negociação (90 dias corridos, contados a partir de 1º de janeiro de cada ano).

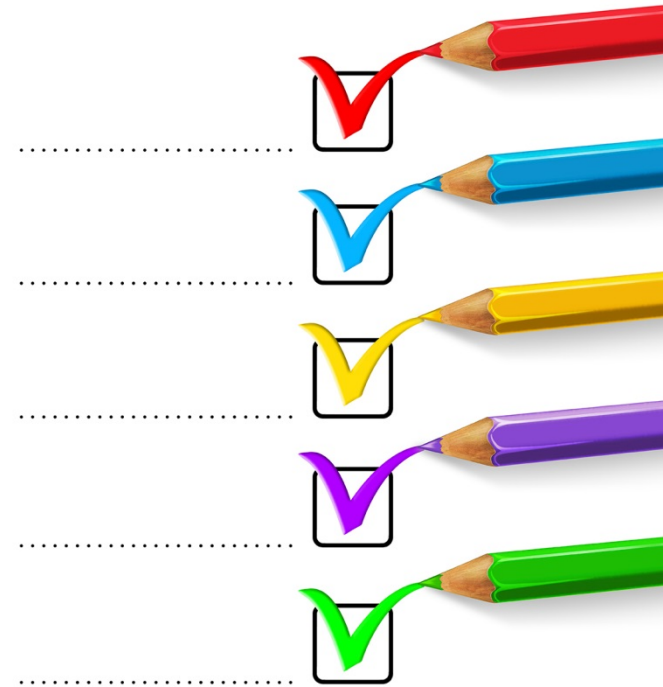
Atenção: se for estabelecida outra forma de reajuste em contrato e não houver acordo aplica-se o disposto no contrato.



Reajuste ANS

Índice de Reajuste definido pela ANS

- Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (**IPCA**)
- Previsão do uso de Fator de Qualidade – Definição junto com representantes do setor.



Fator de Qualidade para Hospitais

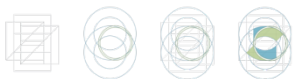
- IN n.º 61/2015 dispõe sobre o Fator de Qualidade a ser aplicado ao índice de reajuste definido pela ANS para prestadores de serviços hospitalares.
- Hospital Acreditado - certificado de acreditação emitido por instituições que tenham obtido reconhecimento da competência para atuar como Instituições Acreditadoras no âmbito dos serviços de saúde pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – INMETRO ou pela *The International Society for Quality in Health Care* - ISQUA.
- Será aplicado de acordo com os seguintes percentuais:
 - I - 105% do IPCA para os Hospitais Acreditados;
 - II - 100% do IPCA para hospitais não acreditados que participarem e cumprirem os critérios estabelecidos nos projetos da DIDES de indução da qualidade; e
 - III - 85% do IPCA para hospitais que não atenderem ao disposto nos incisos I e II, deste artigo.



Fator de Qualidade para demais prestadores

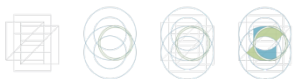
Diretrizes

- Critérios simples e objetivos
- Não reinventar a roda
- Participação das entidades representativas na formulação dos critérios, na recepção e na consolidação dos dados
- Dois níveis:
 - Nível A (qualidade)
 - Nível B (conformidade)



Valores dos Serviços

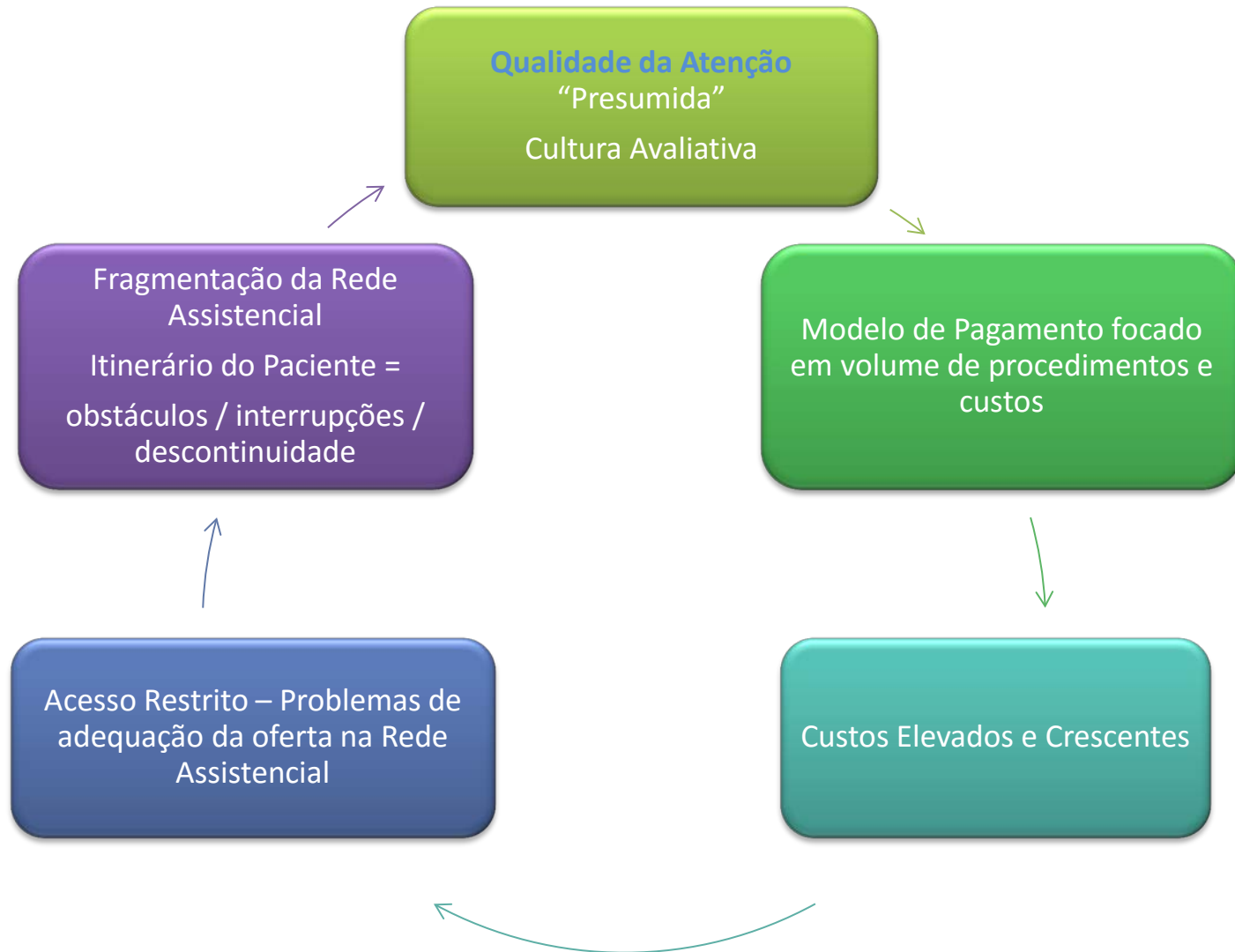
- De acordo com a Lei n. 13003/14 e RNs correlatas, os contratos escritos devem conter cláusulas que determinem os valores dos serviços contratados, os critérios, a forma e a periodicidade do reajuste, bem como os prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados.
- Os preços e valores dos serviços e procedimentos são negociados e estabelecidos de comum acordo entre as partes signatárias do contrato
- A ANS, como órgão regulador, não estabelece tabelas de honorários e procedimentos ou preços de referência para eventos e procedimentos em saúde suplementar.



Por Que Discutir Modelos de Remuneração?

- Debates em torno da reformulação dos sistemas de saúde em diferentes países vinculados a **aumento da qualidade** e a necessidade de **redução de custos elevados** na prestação de serviços em saúde.
- Brasil se insere neste mesmo contexto: dados de despesa assistencial das OPS apontam aumento da sinistralidade
- Modelo vigente na SS → FFS : estímulo à competição por clientes e por realização de procedimentos. Remunera quantidade de serviços produzidos.
- **Modelos de Remuneração** ↔ **instrumento de mudança do Modelo Assistencial.**
- Cerne da discussão: **em que direção queremos essa mudança?** Qual deve ser o foco desse modelo (Faturamento, Custos, Desfechos, Paciente, Qualidade)?

Por Que Discutir Modelos de Remuneração?



Principais modelos de remuneração existentes

1. **Pagamento por Serviço** (Fee-for-Service) : Modelo tradicional; inclui pagamento por ato médico e pagamento por pacotes e diária hospitalar. Foco: faturamento
2. **Grupos de Diagnósticos Homogêneos** (Diagnose Related Groups – DRG): Classifica os pacientes hospitalares por risco. Visa correlacionar o perfil clínico com recursos consumidos durante a internação, criando grupos de pacientes homogêneos do ponto de vista nosológico, ou homogêneos quanto ao consumo dos recursos hospitalares. Com os DRGs, pode-se obter uma nova forma de definição do perfil nosológico dos hospitais (denominados *case-mix*) para de mensuração do produto hospitalar e, como consequência, pagamento de acordo com esse perfil (pagamento por *case-mix*). Foco: agrupamento
3. **Pagamento por Performance** (Pay-for-Performance ou P4P): Remunera e bonifica os prestadores por desempenho. Geralmente adotado de forma complementar a outros modelos de remuneração, como capitação (*capitation*). Foco: desempenho do prestador/qualidade do cuidado

Principais modelos de remuneração existentes

4. **Orçamento Global:** Repasse periódico de recursos definidos por programação orçamentária elaborada pela unidade de saúde para o período correspondente e negociados com órgão financiador. Transferências de recursos não estão vinculadas à efetiva produção de serviços. Foco: desempenho do prestador através de metas contratualizadas.
5. **Shared Savings Programs:** ACO's (*Accountable Care Organizations*) são caracterizadas por um modelo de cuidado e pagamento que busca vincular remuneração de grupos de prestadores, indicadores de qualidade e reduções no custo total do cuidado para um grupo determinado de pacientes. Possibilita redução dos custos, considerando base da população. Foco: paciente – atenção primária
6. **Prepaid / Capitation** (Pagamento por Usuário / Partial Capitation): fixação de um valor per capita como remuneração para o provedor de serviços, a partir da vinculação de população previamente definida ao prestador. Assim, a cada prestador corresponde um montante de recursos que equivale ao número de indivíduos a ele adscritos multiplicado por um valor per capita. Visa racionalizar o uso de serviços médicos e hospitalares, por meio de médicos generalistas. Foco: Risco

Questões em Discussão

Dado que o modelo predominante (FFS) no Brasil para remuneração dos serviços de saúde é insuficiente para os avanços que são necessários no modelo assistencial e na sustentabilidade do setor:

- 1) Que modelos de remuneração apresentados são adaptáveis / aplicáveis à realidade brasileira?
- 2) Como formatar “produtos” baseados nos novos modelos, na saúde suplementar?
- 3) Em termos de P4P o que deve ser melhor remunerado?
- 4) Que indicadores e parâmetros de qualidade em saúde podem ser considerados “drivers” de mudança da qualidade assistencial e constituírem fatores de pagamento por desempenho?

Obrigada!

www.ans.gov.br | Disque ANS: 0800 701 9656

atendimento.prestadores@ans.gov.br



ans.reguladora



@ans_reguladora



ansreguladora



Contrato entre operadoras e prestadores

Principal - ANS - Agência | X

www.ans.gov.br

BRASIL Acesso à informação Participe Serviços Legislação Canais

Ir para o conteúdo 1 Ir para o menu 2 Ir para a busca 3 Ir para o rodapé 4

Acessibilidade A A- A A+

Acesso à Informação DISQUE ANS 0800 7019656 Central de Atendimento Sala de Imprensa English Español

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar A Agência Reguladora de Planos de Saúde do Brasil

Buscar no site da ANS Buscar

Principal A ANS Planos e Operadoras Legislação Participação da Sociedade Prestadores Perfil do Setor Espaço da Qualidade

Dengue, Chikungunya

#PartoAdequado #DiadaMulher

TISS - Troca de Informação de Saúde Suplementar

Contrato entre operadoras e prestadores

Projeto Parto Adequado

QUALISS - Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde

Central de Atendimento a Prestadores

Internacional da Mulher

Parto Adequado enfatiza o protagonismo feminino e a importância da informação

www.ans.gov.br/prestadores/contrato-entre-operadoras-e-prestadores

EN 00:10 18/03/2016

Informações sobre contratualização

Contrato entre operadoras X

www.ans.gov.br/prestadores/contrato-entre-operadoras-e-prestadores

FAQ
Lei 13.003



Dúvidas sobre a Lei 13.003/2014


 [Clique aqui e confira os esclarecimentos da ANS a respeito da Lei 13.003, 2014. \(.pdf\)](#)

FAQ
RN 398



Dúvidas sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrizes

Resolução Normativa 398/2016, que dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante.

 [Confira o FAQ da Resolução Normativa 398/2016 \(.pdf\)](#)

Cartilha
glosa






Cartilha de Contratualização – Glosa

Confira as orientações da ANS para os casos onde o plano de saúde suspende o pagamento de serviços contratados, tais como: consultas, atendimentos, medicamentos, materiais ou taxas cobradas por hospitais, clínicas, laboratórios.

 [Clique aqui para visualizar a cartilha de contratualização. \(.pdf\)](#)

Saiba Mais

Acesse a legislação relacionada

-  [Instrução Normativa nº 62/2016](#)
-  [Instrução Normativa nº 61/2015](#)
-  [Instrução Normativa nº 56/2014](#)



Central de atendimento a prestadores

Principal - ANS - Agência | x

www.ans.gov.br

BRASIL Acesso à informação Participe Serviços Legislação Canais

Ir para o conteúdo 1 Ir para o menu 2 Ir para a busca 3 Ir para o rodapé 4

Acessibilidade A A- A A+

Acesso à Informação DISQUE ANS 0800 7019656 Central de Atendimento Sala de Imprensa English Español

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar A Agência Reguladora de Planos de Saúde do Brasil

Buscar no sítio da ANS Buscar

Principal A ANS Planos e Operadoras Legislação Participação da Sociedade Prestadores Perfil do Setor Espaço da Qualidade

Dengue, Chikungunya

#PartoAdequado #DiadaMulher

TISS - Troca de Informação de Saúde Suplementar

Contrato entre operadoras e prestadores

Projeto Parto Adequado

QUALISS - Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde

Central de Atendimento a Prestadores

Internacional da Mulher

Parto Adequado enfatiza o protagonismo feminino e a importância da informação

www.ans.gov.br/prestadores/central-de-atendimento-a-prestadores

EN 00:03 18/03/2016

Central de atendimento a prestadores

Central de Atendimento a

www.ans.gov.br/prestadores/central-de-atendimento-a-prestadores

BRASIL

Acesso à informação

Participe

Serviços

Legislação

Canais

Ir para o conteúdo 1 Ir para o menu 2 Ir para a busca 3 Ir para o rodapé 4

Acessibilidade A A A A A+

Acesso à Informação


DISQUE ANS 0800 7019656

Central de Atendimento

Sala de Imprensa

English

Español

 **ANS** Agência Nacional de Saúde Suplementar

A Agência Reguladora de Planos de Saúde do Brasil

Buscar no sítio da ANS

Buscar

Principal

A ANS

Planos e Operadoras

Legislação

Participação da Sociedade

Prestadores

Perfil do Setor

Espaço da Qualidade


/ Principal / Prestadores / Central de Atendimento a Prestadores

Central de Atendimento a Operadoras e Prestadores

Qual é o tema da sua dúvida?

Ex.: Reajuste

Procurar

 Se você é ou quer ser consumidor de plano de saúde, clique aqui.

Soluções para as dúvidas mais procuradas

Para falar com a ANS você pode:


Usar o **Disque ANS 0800 7019656**.

Enviar uma carta ou ir a um de nossos escritórios em nossos endereços.

Utilizar um dos canais exclusivos para operadoras e prestadores.

Canais por assunto

Fale sobre a ANS



EN 00:06 18/03/2016

100% do IPCA (2016)

Fator de Qualidade dos estabelecimentos Hospitalares

Proporção de guia eletrônica de cobrança na versão 3 do Padrão TISS
(igual ou maior a 0,9)



Núcleo de Segurança do
Paciente cadastrado na
ANVISA



Proporção de readmissão em
até 30 dias da última alta
hospitalar

OU

Participação no
Projeto Parto Adequado

100% do IPCA (2017)

Fator de Qualidade dos estabelecimentos Hospitalares

Proporção de guia eletrônica de cobrança na versão 3 do Padrão TISS
(igual ou maior a 0,9)



Núcleo de Segurança do Paciente
cadastrado na ANVISA
+
Proporção de readmissão em até 30
dias da última alta hospitalar

ou

Participação
no Projeto
Parto
Adequado

ou

Participação
no Projeto
Idoso bem
cuidado

ou

Participação
no Projeto
Sorrir

ou

Participação
no Projeto
OncoRede

